



PERMESSI RETRIBUITI

Da compilare e spedire tramite posta mail (presenze@uniud.it)
Ufficio Personale Tecnico Amministrativo presso la Direzione Risorse umane e affari generali

Il/la sottoscritto/a: _____ in
servizio presso _____ telefono _____
indirizzo e-mail _____

Invia la/le richiesta/e di permesso retribuito come sotto specificato e dichiara di essere a conoscenza delle norme contrattuali e regolamentari interne in vigore riguardo alla fruizione di detti permessi.

Permesso per visite e/o esami prenatali	
il giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
(allegare: attestazione di presenza)	

Permesso per donazione sangue (art. 99, c. 4 CCNL 18.01.2024)	
il giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
(allegare: attestazione di presenza)	

Permesso legge 104/1992 (art. 99, c. 1, CCNL 18.01.2024) (max 18 ore/mese oppure 3 gg/mese)	
<input type="checkbox"/> per me stesso <input type="checkbox"/> per assistere il seguente familiare: _____	
il giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____
il giorno _____	dalle ore _____ alle ore _____

Il dipendente dichiara altresì che il Responsabile della Struttura è stato informato preventivamente dell'assenza.

Data _____

Firma del dipendente _____